



# Bachelorgradsoppgave

Lungekreftpasienter i en palliativ fase  
Symptomlindring i hjemmet

Patients with lung cancer in a palliative  
phase  
Relieving the symptoms at home

Kristin Hustad Rian  
Siw Christine Svedahl

Antall ord: 10.000

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag  
Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2015



## Abstrakt

**Introduksjon:** Lungekreft er en aggressiv sykdom som ofte oppdages svært sent i sykdomsforløpet. Symptomene kan ofte være diffuse eller ikke merkbare før det har oppstått spredning. Sen diagnostisering er årsaken til at det ofte kun kan tilbys palliativ behandling. På grunn av et komplekst og sammensatt symptombylle kreves det kvalitet i pleien som gis. En stor andel av kreftpasienter ønsker å dø hjemme, og dette setter høye krav til hjemmesykepleien. Flere sykepleiere i hjemmesykepleien uttrykker at de ønsker økt kompetanse rundt palliasjon. **Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse symptomer hos hjemmeboende lungekreftpasienter i en palliativ fase. Videre var hensikten å belyse hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien kan lindre disse symptomene. **Metode:** Allmenn litteraturstudie basert på funn i 13 relevante forskningsartikler. Disse ble nøye gransket og analysert. **Resultat:** Resultatet viste at lungekreftpasienter i en palliativ fase har flere symptomer som påvirker hverdagen. Smerte, dyspné og fatigue var blant symptomene som var mest "plagsomme", og førte til både fysiske og psykiske påkjenninger. Resultatet viste at lindring av enkelte symptom medførte lindring av flere. Lungekreftpasienter opplever ofte symptom cluster, som gjør det vanskelig å se på ett isolert symptom. Kunnskap og informasjon er viktig for pasientens symptomopplevelse. Pasientens og pårørendes mestringstro vil også påvirke symptomgraden. **Diskusjon:** Resultatet ble diskutert opp mot pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur, forskning, retningslinjer og lovverk. Dette for å svare på hensikten med litteraturstudien. **Konklusjon:** For optimal symptomlindring vil det være vesentlig å kartlegge pasientens subjektive opplevelse av symptomene. Pasient og pårørende er avhengige av kunnskap og informasjon om sykdommen, for å kunne mestre livssituasjonen. Det at sykepleier støtter oppunder pasientens og pårørendes mestringstro er av vesentlig betydning.

**Nøkkelord:** Palliativ behandling, lungekreft, symptomlindring, hjemmesykepleie, mestringstro, kunnskap og informasjon

## Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Hensikt .....	2
1.1.1 Begrunnelse og fokus .....	2
2.0 Metode.....	4
2.1 Framgangsmåte .....	4
2.2 Inklusjonskriterier .....	4
2.3 Eksklusjonskriterier.....	5
2.4 Artikkelgranskning og analyse.....	5
2.5 Ethiske vurderinger .....	6
3.0 Resultat.....	7
3.1 Symptomenes påvirkning i hverdagen hos en lungekreftpasient i en palliativ fase.....	7
3.1.1 Lungekreftpasienter i en palliativ fase opplever ofte symptom cluster.....	8
3.2 Kunnskap og informasjon påvirker opplevelsen av sykdom og symptomer .....	9
3.3 Mestringsevne hos lungekreftpasienter i en palliativ fase .....	10
4.0 Resultatdiskusjon .....	11
4.1 Symptomenes påvirkning i hverdagen hos en hjemmeboende lungekreftpasient i en palliativ fase .....	11
4.1.1 Lungekreftpasienter i en palliativ fase opplever ofte symptom cluster.....	18
4.2 Kunnskap og informasjon påvirker opplevelsen av sykdom og symptomer .....	20
4.3 Mestringsevne hos hjemmeboende lungekreftpasienter i en palliativ fase .....	23
5.0 Metodediskusjon .....	26
6.0 Konklusjon .....	28
Litteraturliste .....	29

Vedlegg 1: Søketabell

Vedlegg 2: Granskningstabell

Vedlegg 3: Cancer dyspnoea scale

Vedlegg 4: Oversikt over helsestandard

## 1.0 Introduksjon

I 2013 fikk 30.401 mennesker i Norge kreft, hvorav 2856 fikk lungekreft. Lungekreft var den kreftformen som krevde flest menneskeliv i 2013 (Kreftregisteret, 2015a). Antall lungekreftdiagnoser har økt betraktelig de siste 70 årene (Kreftregisteret, 2015b), og er i dag den 3. hyppigste kreftformen i Norge (Kreftregisteret, 2015a). Kreftformen er aggressiv og blir ofte oppdaget sent i forløpet (Kreftregisteret, 2015c). Mange som får lungekreft røyker eller har røykt, noe som er hovedårsaken til diagnosen (Mjell, 2011). Ettersom hoste og tungpusthet er vanlig hos røykere er det flere som ikke tror at disse symptomene kan være alvorlige. Dette er trolig en av årsakene til at flere pasienter ikke oppsøker lege tidlig nok (Hoel & Lynes, 2010). Foruten røyking, kan stråling, eksponering for asbest og industriell forurensing være andre årsaker til lungekreft (Kreftregisteret, 2015b). Femårs overlevelse fra 2009-2013 var 13,1 % for menn og 18,8 % for kvinner (ibid). Selv om lungekreft ofte kan forebygges, er det den dødeligste kreftformen, verden over (Mjell, 2011).

Operasjon er eneste kurative behandling for lungekreft, og kan utføres i ca. 25% av tilfellene ved diagnositidspunktet. Forutsetninger for operasjon er at sykdommen ikke har metastasert eller kun metastaser i lokale lymfeknuter (Hoel & Lynes, 2010). De fleste lungekreftpasienter har metastaser allerede ved diagnositidspunktet, eller utvikler det like etterpå (Bremnes, Helbekkmo & Aasebø, 2012, Chan, Richardson & Richardson, 2011). Metastaser ved lungekreft er hyppigst lokalisert i lever, binyre, en annen lungelapp, hjerne og skjelett (Oncolex, 2014, Wallace, 2012). Hovedkilden til smerte hos lungekreftpasienter er metastaser til skjelettet. Dette har stor påvirkning på livskvaliteten (Mercadante og Vittrano, 2010, Wallace, 2012).

Andre symptomer kan blant annet være hoste, oppspytt, luftveisinfeksjoner, tungpusthet, smerter eller vekttap (Brunsvig, 2010). Symptomer kan først dukke opp når tumoren har metastasert til andre organer, eller sykdommen kan oppdages uten merkbare symptomer. Enkelte pasienter kan oppleve generelle sykdomstegn som slapphet, lett feber, nedsatt matlyst og diffuse smerter (Mjell, 2011).

Lungekreftpasienter har ofte et komplekst og sammensatt symptom bilde. Symptomene opptrer ofte samtidig og har gjensidig påvirkning på hverandre. Dette kalles symptom cluster hvis tre eller flere symptomer opptrer samtidig (Wang, Tsai, Chen, Lin & Lin, 2008). Utover i sykdomsforløpet vil en stor andel av pasientene oppleve flere og mer intense symptomer (Rønning, Strand & Hjermstad, 2007). Symptomlindring vil være et viktig behov hos denne pasientgruppen (Wang et al., 2008).

På grunn av sen diagnostisering kan det ofte kun tilbys palliativ behandling (Kreftregisteret, 2015b), da pasientene har en inkurabel sykdom og kort forventet levetid (Helsedirektoratet, 2015). Palliativ

behandling har som mål å lindre pasientenes symptomer og å sørge for best mulig livskvalitet, både for pasient og pårørende (ibid). 84 % av danske kreftpasienter ønsket å dø hjemme, men dette ble kun oppfylt i halvparten av tilfellene (Brogaard, Neergaard, Sokolowski, Olesen & Jensen, 2012). Det å oppfylle pasientens ønske med tanke på dødssted, blir sett på som et kvalitetsmål i den palliative omsorgen (ibid), og dette skal det legges til rette for (Fjørtoft, 2012). For at pasienten skal kunne dø hjemme må visse forutsetninger være til stede:

- Pasient og pårørende må ønske dette
- Pasienten bør ikke være alene over lengre tid
- Pasientens fysiske behov må ivaretas på en forsvarlig måte
- De ulike delene av helsetjenesten må være tilgjengelig hele døgnet
- Pårørende må ivaretas
- Tilgang til nødvendig utstyr

(Birkeland & Flovik, 2014).

Dette setter høye krav til hjemmesykepleien, særlig med tanke på faglig kompetanse, medmenneskelighet og praktisk tilrettelegging (Fjørtoft, 2012). I rammeplan for sykepleierutdanning står det at vi som sykepleiere skal kunne lindre lidelse og hjelpe pasienter til en verdig død (Kunnskapsdepartementet, 2008). Likevel ytres det et ønske fra flere sykepleiere i hjemmesykepleien om å øke kompetansen innen dette feltet (Fjørtoft, 2012).

I henhold til samhandlingsreformen skal kommunene ta et større ansvar for helse- og omsorgstjenester (Norheim & Thoresen, 2015). Med samhandlingsreformen kom det en lov om at sykehus og kommuner har plikt til å samarbeide (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §6-1). Omsorg for pasienter i livets slutfase er ikke noe hjemmesykepleien kan stå alene med (Birkeland & Flovik, 2014). Tverrfaglig samarbeid vil være essensielt for å få dekket pasientens behov (ibid).

## 1.1 Hensikt

På bakgrunn av dette er *hensikten med litteraturstudien å belyse symptomer hos hjemmeboende lungekreftpasienter i en palliativ fase. Videre blir hensikten å belyse hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien kan lindre disse symptomene.*

### 1.1.1 Begrunnelse og fokus

Denne litteraturstudien vil ta utgangspunkt i pasientens perspektiv. Dette begrunnes med at Henderson (2012) understreker at pasienten skal være en aktiv og ansvarlig deltaker i den sykepleien

som blir gitt. Pasientene kan ha forskjellige syn på behovene, og derfor må sykepleien tilpasses den enkelte (ibid). Undersøkelser viser at det sykepleier observerer ikke alltid stemmer overens med pasientens opplevelse, spesielt med tanke på smerte (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Dette gjelder trolig flere symptomer. Derfor vil det være viktig å belyse sykdomsopplevelsen, sett med pasientens øyne. Dette vil bli diskutert opp mot sykepleie, for å redegjøre for hvordan sykepleie til denne pasientgruppen bør gis på best mulig måte.

Lungekreftpasienter en stor pasientgruppe som vi som sykepleiere møter, både på institusjon og i hjemmet. Til tross for omfattende forskning rundt sykdommen, har ikke overlevelsen økt vesentlig (Brunsvig, 2010). Størsteparten av disse pasientene vil altså trenge palliativ behandling.

Ettersom palliasjon har som mål å gi best mulig symptomlindring og å bedre pasientens livskvalitet (Helsedirektoratet, 2015), vil det i denne litteraturstudien bli fokusert på symptomene som påvirker lungekreftpasienters livskvalitet mest. Sykdomsbildet er komplekst og sammensatt (ibid), og derfor vil flere symptomer likevel bli nevnt. Hovedfokuset i studien vil være på pasientene. Pårørende vil likevel bli trukket inn der det er relevant, med tanke på pasientenes symptomer. Dette på grunn av studiens begrensning. Studien vil inkludere både den palliative og terminale fasen, da det kan være vanskelig å avgjøre hvor den ene slutter og den andre begynner (Sæteren, 2010). Likevel vil den palliative fasen bli vektlagt, da denne er lengst. I studien vil pasienten omtales som "han", og sykepleier som "hun". Dette for å tydelig skille disse to.

## 2.0 Metode

Denne studien er en allmenn litteraturstudie med 13 utvalgte forskningsartikler. En allmenn litteraturstudie har som hensikt å oppsummere eksisterende forskning innenfor et område. Valgte artikler skal granskes og analyseres (Forsberg & Wengström, 2013).

### 2.1 Framgangsmåte

Dalland (2012) påpeker at det kan være en fordel å sette problemområdet innenfor et hovedemne, for å kunne få en oversikt over relevant litteratur. Søkeord brukt i starten var derfor "palliative care" og "lung neoplasms". Databaser som ble brukt var blant annet Cinahl og Medline. Disse blir beskrevet av Polit og Beck (2012) som databaser for vitenskapelig forskning som er viktige for sykepleiere. Avgrensninger ble lagt til i søket, og flere søkeord ble brukt med bakgrunn i studiens hensikt. Andre relevante søkeord som ble benyttet var pain, dyspnea, fatigue, symptom management, terminal care og patients perspective. Søkeord som nursing/nurse, community care/ home nursing care ble utelatt da det var svært vanskelig å få treff kombinert med andre søkeord.

Søk med relevante resultat ble dokumentert og ført inn i søketabell (vedlegg 1). Det å dokumentere søket gjør det mulig for leser å gjenta prosessen. Dette spiller en rolle for validiteten av studien (Polit & Beck, 2012). Fem artikler ble funnet via søk i databaser. Åtte av artiklene ble funnet ved håndسøk, blant annet via litteraturlisten til andre artikler.

Det var ønskelig å belyse *hvilke* symptomer lungekreftpasientene opplever og hvordan disse *oppleves*. Derfor var både kvantitativ og kvalitativ forskning av interesse. Alle inkluderte artikler er publiserte i anerkjente vitenskapelige tidsskrift, nivå 1 og 2 (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2015).

### 2.2 Inklusjonskriterier

- Pasientperspektiv
- Pasientene er >18 år
- Omhandler pasientenes symptomer
- Pasientene er på sykehus, hjemme, hospice, sykehjem e.l. (for få treff med bare hjemmeboende pasienter), og det er overførbart til hjemmet og hjemmesykepleien
- Norsk, svensk, dansk eller engelsk språk
- Palliativ behandling

- Terminale pasienter
- Lungekreft

## 2.3 Eksklusjonskriterier

- Pårørende- eller sykepleieperspektiv
- >10 år gammel forskning

## 2.4 Artikkelgranskning og analyse

De utvalgte artiklene ble nøye gransket og kvaliteten vurdert. Dette ble gjort etter inspirasjon fra Forsberg og Wengströms (2013) sjekkliste for vurdering av artikler. For fullstendig granskningstabell, se vedlegg 2.

Da resultatet i de valgte artiklene var nøye gransket ble det trukket ut flere meningsbærende enheter som belyser hensikten i denne studien. De meningsbærende enhetene ble skrevet ned på papirlapper, for å lettere kunne sortere etter innhold. Enheter med samsvarende tema ble så satt sammen i ulike subkategorier. Subkategoriene resulterte i tre kategorier som anses som relevante for å svare på hensikten. En av hovedkategoriene fikk en underkategori for å kunne framstille innholdet på en oversiktlig måte. Tabell 1 viser et utdrag av hvordan en av kategoriene ble til. Prosessen ble inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

Tabell 1: Eksempel på analyse

Subkategorier	Kategorier
Smerte påvirker daglige aktiviteter som normal gange, arbeid og humør	Symptomenes påvirkning i hverdagen hos en hjemmeboende lungekreftpasient i en palliativ fase
Dyspné påvirker livskvaliteten	
Dyspné, smerte og fatigue ga størst påkjenning for alle pasientene, uavhengig av når døden inntraff	
Fatigue assosieres med fysiske og psykiske påkjenninger	



## 2.5 Etiske vurderinger

Forsberg og Wengström (2013) påpeker at juks og uærlighet ikke skal forekomme innen forskning. Juks defineres som plagiat, fabrikkerte data, eller forvrenging av kildene (ibid). I denne oppgaven blir forfatterens bidrag anerkjent gjennom riktig henvisning, plagiering er unngått og framstilling av data er gjort i henhold til retningslinjene. Akademisk redelighet er viktig, da man bidrar til kunnskapsutvikling innen faget (Dalland, 2012).

Alle inkluderte hovedartikler er etisk godkjent. Kaasa (2007a) understreker at forskning innen palliasjon møter flere etiske utfordringer fordi pasientene er gamle, svake og ofte har redusert kognitiv funksjon. På bakgrunn av dette er det svært viktig at hovedartiklene som blir inkludert i studien er etisk godkjent.

## 3.0 Resultat

### 3.1 Symptomenes påvirkning i hverdagen hos en lungekreftpasient i en palliativ fase

Kreftpasienter i en palliativ fase opplever fatigue, smerte og tap av matlyst som de mest uttalte symptomene (Hoekstra, Vernooij-Dassen, de Vos & Bindels, 2007). Hos ca. 1/3 av 146 kreftpasienter er det mest "plagsomme" symptomet et annet enn det pasientene hadde sagt var mest uttalt. Fatigue, smerte og dyspné er blant symptomene som hyppigst blir karakterisert som mest "plagsom" (Hoekstra et al., 2007, Lowe & Molassiotis, 2011).

En stor andel av pasientene med langtkommen lungekreft opplever kreftsmarter. De fleste av disse har metastaser (Hsu, Lu, Tsou & Lin, 2003). I følge Webber, Davies og Cowie (2011) påvirker gjennombruddssmerter store deler av hverdagen til kreftpasienter med metastaser. Smerter påvirker daglige aktiviteter, gange, arbeid og humør (Hsu et al., 2003). Flere pasienter har endret livsstil på grunn av smertene. Noen pasienter har blitt sengeliggende som følge av at de er redde for å røre seg. Smerter påvirker ikke bare det fysiske, men også det psykiske. Pasientene sier at smertene er en stadig påminnelse om at kreften er tilstede, og at de kan bli nedstemt (Webber et al., 2011). Pasienter med kreftsmarter opplever oftere usikkerhet og mindre håp, sammenlignet med pasienter som ikke har kreftsmarter (Hsu et al., 2003).

Dyspné og fatigue hindrer pasientene i å utføre hverdagslige aktiviteter mer enn hva smerte gjør (Okuyama, Tanaka, Akechi, Kugaya, Okamura, Nishiwaki (...) & Uchitomi, 2001). Dyspné påvirker store deler av hverdagen, i form av begrensninger (Lai, Chan & Lopez, 2007). Pasientene nevner hverdagslige gjøremål, slik som matlaging, personlig hygiene, fysisk aktivitet og matinntak, som utfordringer ved dyspné. En pasient sier: "Dyspné kontrollerer livet mitt!" (Lai et al., 2007, s. E4). Pasientene beskriver at de har måttet redusere matinntak, for å unngå å trigge dyspné med tygging og svelging, noe som kan føre til vekttap. Noen holder seg i sengen store deler av døgnet, og uttrykker at dette ikke er livskvalitet. Pasienter føler også håpløshet, frykt og bekymring, da de opplever at de ikke får puste (Lai et al., 2007). Dyspné hindrer pasientene i å være sosiale (ibid). Dette fører til at de isolerer seg i hjemmet, fordi snakking er en "trigger" (Lai et al., 2007, Molassiotis, Lowe, Blackhall & Lorigan, 2011).

Pasienter uttaler at dyspné og fatigue er blant symptomene som påvirker livskvaliteten mest i en negativ retning. Dyspné og fatigue spiller en sentral rolle i pasientenes symptomopplevelse gjennom hele sykdomsforløpet (Molassiotis et al., 2011).

Av 157 pasienter preges over halvparten av klinisk fatigue, altså fatigue som vanskeliggjør hvilken som helst ADL-funksjon. Fatigue assosieres ofte med fysiske og psykiske påkjenninger, slik som normalt arbeid, gange, humør og livsglede (Okuyama et al., 2001). En pasient uttaler: "Viljen er tilstede, men kroppen strekker ikke til," (Molassiotis et al., 2011, s.99).

I følge Tishelman, Petersson, Degner og Sprangers (2007) opplever pasientene flere symptomer, jo nærmere døden er. Når døden nærmer seg, opplever pasientene at smerte og dyspné er de symptomene som øker mest i intensitet. Dyspné, smerte og fatigue er symptomene som gir størst påkjenning hos alle pasientene, uavhengig av når døden inntreffer. Blant disse, uttrykker pasientene at det er dyspné som er den største belastningen (ibid).

### **3.1.1 Lungekreftpasienter i en palliativ fase opplever ofte symptom cluster**

Pasientene opplever ofte at lindring av enkelte symptom, medfører lindring av flere (Yennurajalingam, Urbauer, Casper, Reyes-Gibby, Chacko, Poulter & Bruera, 2011). Ved å lindre fatigue blir det en merkbar endring i form av lavere intensitet av dyspné, kvalme og depresjon. Ved lindring av smerte blir pasientene mer opplagt, som resulterer i at de føler mer velvære (ibid). Det er også en sammenheng mellom dyspné og angst og depresjon, særlig dyspné ved aktivitet (Hench, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson & Danielson, 2008). Pasienter uttaler at fatigue påvirker dyspné ved gange, medfører tap av appetitt og at fatigue kan føre til depresjon i den grad at det påvirker livsglede (Okuyama et al., 2001). I følge Molassiotis et al. (2011) ser pasientene på dyspné, hoste og fatigue som ett problemområde, da de ofte opptrer samtidig, men også hver for seg. Pasientene uttaler at dyspné forverrer hoste, og at hoste forverrer dyspné (ibid). Dette gjør at pasientene synes det er vanskelig å se på ett isolert symptom, da de ofte har symptom cluster (Lowe & Molassiotis, 2011). For pasientene er hvert symptom en stor påkjenning i seg selv, men flere uttrykker at det blir uutholdelig når de opplever 3-4 symptomer samtidig (ibid).

Hoste, dyspné og fatigue henger sammen med angst og depresjon. Særlig akutte episoder med dyspné trigger angst (Molassiotis et al., 2011). I følge Molassiotis et al. (2011) er hoste verst etter inaktivitet. Det å være i ro, og å hvile er den beste måten "å hente seg inn" på etter en episode med dyspné. Dyspné blir ofte trigget av aktivitet, men aktivitet bedrer derimot hosten. Pasientene mener

at langvarig hoste forårsaker forverring av fatigue fordi de blir fysisk utmattet av intens hoste over lengre tid. Videre uttaler pasientene at langvarig hoste kan føre til søvnforstyrrelser, da det å ligge flatt kan trigge hoste. Hostens intensitet kan føre til smerter eller skader, for eksempel ribbeinsbrudd, som kan forstyrre søvnen (ibid). Søvnforstyrrelse over lengre tid, forverrer pasientens fatigue (ibid). I følge Molassiotis et al. (2011) er fatigue vanskelig å lindre. Mange pasienter opplever at fatigue blir forverret dersom man opprettholder normal aktivitet. Pasientene blir derfor ofte inaktive over lengre perioder, noe som gjør at de blir frustrerte, kjeder seg og blir deprimerte. Pasientene sier dette gir dårlig livskvalitet (ibid).

Pasientene føler at smerter dominerer livet deres. Smerte blir ofte assosiert med psykologiske plager, deriblant depresjon (Webber et al., 2011). En pasient uttaler: "Jeg føler meg veldig deprimert når jeg kjenner smerten komme..." (Webber et al., 2011, s.2043).

### 3.2 Kunnskap og informasjon påvirker opplevelsen av sykdom og symptomer

I følge Lowe og Molassiotis (2011) spiller kunnskap og informasjon en viktig rolle i pasientens symptomopplevelse. Symptomer som pasienten forventer, medfører mindre påkjenning enn symptomer som pasienten ikke forventer. Symptomer som pasienten ikke forventer resulterer blant annet i angst, både hos pasient og pårørende. Pasientene har en tendens til å tillegge symptomene en annen årsak enn kreften, fordi de synes det er vanskelig å akseptere kreften som mulig årsak. Årsakene pasientene ofte oppgir er faktorer som er ufarlige, som forkjølelse og vekttap på grunn av for lite matinntak (ibid). Benektelse av sykdom kan påvirke hvordan pasientene selv opplever og rapporterer ulike symptomer (Vos, Putter, van Houwelingen & de Haes, 2010). Pasienter som viser moderat eller økende grad av benektelse rapporterer bedre fysisk funksjon, lite kvalme og oppkast, mindre tap av matlyst og mindre dyspné enn pasienter som ikke er i benektelse (ibid).

Flere pasienter vet ikke hva dyspné er (Hench et al., 2008), og synes det er vanskelig å sette ord på hvordan dyspné oppleves (Lai et al., 2007). Hvis pasienter blir spurt om de har dyspné, svarer ca. 50% at de har det. Ved bruk av *Cancer dyspnoea scale* (Vedlegg 3) øker dette antallet til ca. 80% (Hench et al., 2008). I følge Webber et al. (2011) synes pasienter at det også er vanskelig å forklare hvordan smerte oppleves. Smerter er subjektivt, og pasientene synes det er vanskelig å formidle smertene til helsepersonell. De uttaler videre at det er vanskelig å bruke fagterminologi for å beskrive smerten. Pasientene synes det er lettere å bruke følelser og påvirkningen smerten har på kroppen (ibid). Videre uttaler pasientene at de synes det er vanskelig å bruke skalaer med tall, da de ikke vet hva

tallene representerer i intensitet. Pasientene synes også det er viktig å vite *hvorfor* de har smerter og ønsker at helsepersonell skal forklare dem det (ibid). En pasient uttaler: *"Det ikke å vite er nesten det verste... Hvis det kan forklares kan det være veldig nyttig, om ikke betryggende, og gi følelsen av lettelse"* (Webber et al., 2011, s. 2044).

Pasientenes holdninger påvirker hvilken type tiltak de er mottakelige for. Et eksempel er medikamentell lindring av smerter med opioider (Webber et al., 2011). Pasientene synes det er vanskelig å akseptere at behandling med opioider er nødvendig for optimal smertelindring. Dette er blant annet på grunn av frykt for bivirkninger og avhengighet (ibid).

I følge Ellis, Wagland, Tishelman, Williams, Bailey, Haines, (...) og Molassiotis (2012) spiller tidspunkt for når informasjon blir gitt, en vesentlig rolle for hvor mottakelig pasientene er.

### 3.3 Mestringsevne hos lungekreftpasienter i en palliativ fase

Utover i sykdomsforløpet utvikler pasientene mestringsstrategier for å håndtere dyspné og angst (Lai et al., 2007, Molassiotis et al., 2011). Disse kan være søvn og hvile, unngå triggere, rolig musikk, pusteøvelser og varm eller kald drikke. Det er nødvendig å prøve ulike mestringsstrategier for å finne det som fungerer for den enkelte (Lai et al., 2007). Henoch et al. (2008) viser til at dårlig mestringsevne har en sammenheng med en negativ symptomopplevelse.

Gjennom hele forløpet er pårørende en viktig ressurs da de gir støtte og er en viktig motivator slik at pasienten skal mestre utfordringene som er knyttet til lungekreft (Lai et al., 2007). Pasienter uttrykker at de er mindre motiverte dersom de ikke opplever støtte fra pårørende (Ellis et al., 2012). Pårørendes involvering og tro på egen mestring har betydning for pasienten da dette påvirker symptomgraden positivt (Porter, Keefe, Garst, McBride & Baucom, 2008). Dette blir synlig da pasientene scorer mye lavere på smerte, fatigue, angst og depresjon og mye høyere på livskvalitet i tilfeller hvor pårørende har høy mestringstro. Pasientens mestringstro har samme effekt ved at også dette påvirker symptomgraden positivt. Dersom pasientene og/eller pårørende har lav mestringstro, vil det resultere i høyere symptomgrad hos pasienten. Dersom pasienten selv har høy mestringstro, vil pårørende oppleve mindre psykisk belastning. Pasientens mestringstro varierer med pasientens og pårørendes evne til å tilpasse seg (ibid).

I følge Lai et al. (2007) kan pasienter med dyspné oppleve å føle seg som en byrde for familien. Dette blant annet fordi de behøver hjelp med praktiske gjøremål.

## 4.0 Resultatdiskusjon

*Hensikten med litteraturstudien er å belyse symptomer hos hjemmeboende lungekreftpasienter i en palliativ fase. Videre blir hensikten å belyse hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien kan lindre disse symptomene.*

Resultatet viser at lungekreftpasienter i en palliativ fase har flere symptomer, som har ulik påvirkning på hverdagen. Smerte, dyspné og fatigue er blant symptomene pasientene opplever som mest "plagsomme", og disse kan gi fysiske og psykiske påkjenninger. Pasientene opplever flere symptomer jo nærmere døden er. Blant disse er smerte og dyspné symptomene som øker mest i intensitet. Videre viser resultatet at lindring av enkelte symptom medfører lindring av flere symptomer. Lungekreftpasienter opplever ofte symptom cluster, som gjør det vanskelig å se på ett isolert symptom. Kunnskap og informasjon spiller en viktig rolle for pasientens symptomopplevelse da flere pasienter ikke vet hvordan de selv skal vurdere symptomene. Pasientens og pårørendes mestringstro påvirker pasientens symptomgrad.

### 4.1 Symptomenes påvirkning i hverdagen hos en hjemmeboende lungekreftpasient i en palliativ fase

Resultatet viser at en stor andel kreftpasienter opplever at det mest uttalte symptomet ikke er det mest "plagsomme". Smerte, dyspné og fatigue er blant symptomene som hyppigst blir rapportert som mest "plagsomme". I følge Kaasa (2012) underrapporterer pasienter symptomer dersom ikke helsepersonell spør etter og kartlegger symptomene systematisk. Det kan se ut til at symptomet som er mest "plagsomt" for pasienten, ikke vil bli fokusert på dersom pasienten ikke blir spurt direkte. Kirkevold (2014a) bekrefter at det som plager pasienten mest, ikke nødvendigvis er det sykepleiere tror.

Sykepleieprosessen er viktig for å kvalitetssikre sykepleie til døende kreftpasienter i hjemmet (Rønning et al., 2007). Prosessen består av flere trinn som bygger på hverandre. Det første trinnet er datasamling, hvor man innhenter opplysninger om pasientens tilstand (Dahl & Skaug, 2011). Dette kan gjøres ved bruk av ESAS, som er lett å anvende i hjemmet (Kaasa, 2012, Norås, 2010). I følge Strand og Ellingsen (2007) synes både pasienter og helsepersonell at bruk av ESAS gir et godt utgangspunkt for samtale. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen anbefaler å bruke ESAS-r (oppdatert i 2012) som standard kartleggingsverktøy i palliativt arbeid (Helsedirektoratet, 2015). Kaasa (2012) påpeker at ESAS kan individualiseres etter pasientens behov.

Et tiltak kan derfor være å i tillegg stille spørsmålet "Hva plager deg mest i dag?", for å innhente denne informasjonen på en systematisk måte. Dette er i tråd med Hendersons (2012) behovsteori, hvor hun påpeker at det er pasienten som har best kjennskap til egne behov.

Videre, som et ledd i sykepleieprosessen, skal behov identifiseres, tiltak igangsettes, dokumenteres, og evalueres (Dahl & Skaug, 2011, Grov, 2014).

Studien viser at mange pasienter med langtkommen lungekreft, med metastaser, opplever kreftsmarter. Smerte er et av symptomene som påvirker lungekreftpasienters hverdag mest, i form av påvirkning på humør, gange og arbeid.

Smerte som fenomen er en stor utfordring, både for pasient og helsepersonell (Kaasa, 2007b). Det vil derfor være viktig at helsepersonell holder seg faglig oppdatert. Dette i henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). Målet med palliativ behandling er å ta vare på pasientens livskvalitet på best mulig måte (Ribu, 2010). Det vil være viktig at vi som helsepersonell tar tak i smerte som et problem og kartlegger behovet for og effekten av smertebehandling.

For å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere smertebehandling, er kartlegging essensielt (Torvik et al., 2008). Kreftsmarter kan innebære flere typer smerter samtidig (Kaasa & Borchgrevink, 2007). De kan blant annet være akutte eller kroniske, nevropatiske eller viscerale (Stubhaug & Ljoså, 2008). I følge Torvik et al. (2008) er type smerter avgjørende for type kartlegging. Ved kroniske smerter vil det være aktuelt å kartlegge hvordan pasienten mestrer hverdagen. Ved akutte smerter, for eksempel gjennombruddssmerter, vil det være aktuelt å kartlegge smertenens intensitet, årsak og karakter.

Hensikten med kartleggingen er å forstå pasientens opplevelse av smerten, da smerte er subjektivt (ibid). Kartleggingen hjelper oss å vurdere effekten av smertebehandlingen, som trinn i sykepleieprosessen (Dahl & Skaug, 2011). For å kunne evaluere effekten av smertebehandlingen, er det viktig at samme kartleggingsverktøy brukes konsekvent på samme pasient, og på samme tid av døgnet (Torvik et al., 2008).

Et kartleggingsverktøy som kan benyttes er NRS, som måler smertens intensitet.

Kartleggingsverktøyet er enkelt å bruke, og gir et godt bilde på pasientens smerter (ibid). Sykepleier bør også kartlegge hvordan smerten påvirker pasientens liv. Pasienten kan for eksempel føre en

smertedagbok, som vil gi pasienten og sykepleieren et godt utgangspunkt for samtale om smertene (Strand & Ellingsen, 2007, Torvik et al., 2008).

Legen bestemmer behandlingsform, for eksempel palliativ strålebehandling, som er vanlig ved skjelettmetastaser (Bjørge, 2010, Stubhaug & Ljoså, 2008). Medikamentell smertebehandling, ut i fra smertetrappen, inkluderer sterke opioider (Slørdal & Rygnestad, 2013). En viktig indikasjon for behandling med opioider, er blant annet kreftsykdom med dårlig prognose (ibid). Når pasienter behandles med opioider er det viktig at sykepleieren vet hva hun skal observere av bivirkninger. Særlig gjelder dette respirasjonshemming, som kan være en stor risiko for pasienter med respirasjonsproblemer (ibid). Som sykepleiere i hjemmesykepleien skal vi observere pasienten og fortløpende vurdere hans behov for legetilsyn (Rønning et al., 2007). Orem (2001) understreker at det kreves en særlig kompetanse i arbeid med pasienter med alvorlig helsesvikt for å kunne ivareta de økte og nye egenomsorgskravene. Altså skal sykepleierne som er innom pasienten ha den grunnleggende sykepleiekompetansen innenfor palliasjon. Dette innebærer god medisinsk kunnskap, tilstrekkelig ferdigheter med teknisk utstyr (for eksempel smertepumpe), og det kliniske blikket (Rønning et al., 2007).

Dersom en sykepleier ikke har riktig kompetanse, må hun tilegne seg denne, da det er uetisk ikke å tilegne seg den kompetansen som forventes av yrkesrollen (Holm & Notevarp, 2007). Mangel på riktig kompetanse kan true pasientens sikkerhet, og dette er ikke faglig forsvarlig (ibid). Helsepersonelloven (2001, §4) understreker kravet til faglig forsvarlighet. Sykepleiere i hjemmesykepleien må ha bred kompetanse, da de ofte arbeider selvstendig og møter pasientsituasjoner som krever god medisinsk kunnskap, og god vurderings- og beslutningsevne (Norheim & Thoresen, 2015).

I resultatet kommer det fram at pasientene opplever gjennombruddssmerter. Kaasa (2007c) viser til at skjelettmetastaser er en hyppig årsak til bevegelsesrelaterte gjennombruddssmerter. Rustøen, Torvik, Valeberg, Utne og Stubhaug (2008) påpeker at det er vanskelig å behandle denne typen smerter medikamentelt. Dette fordi effekten av ekstra smertestillende vil komme for sent (Rosland & Tjølsen, 2007).

Videre viser resultatet at pasienter som opplever kreftsmarter blir nedstemt, kjenner usikkerhet og har mindre håp enn pasienter som ikke har kreftsmarter. Dette understøttes av Utne og Rustøen (2008), som viser til sammenhengen mellom smerter og psykososiale problemer. Falkmer og Kaasa (2004) peker på sammenhengen mellom nedstemthet og at pasienten mestrer sine symptomer



dårligere. Dersom pasienten er nedstemt, blir det vanskeligere å oppnå optimal smertelindring. Lorentzen og Grov (2011) nevner at et godt tiltak mot nedstemthet hos pasienten er å vise empati og interesse for pasientens situasjon.

Henderson (2012) uttrykker at det er vår oppgave som sykepleiere å dekke pasientens grunnleggende behov. Det motsatte av usikkerhet kan være trygghet, som Maslow definerer som et grunnleggende behov (Thorsen, 2011). Behovet for trygghet innebærer blant annet forutsigbarhet (ibid). Mange lungekreftpasienter i en palliativ fase opplever usikkerhet for framtiden (Utne & Rustøen, 2008), da de ikke vet hvor lenge de har igjen å leve og hvordan de kommer til å dø (Refsgaard & Frederiksen, 2013). I slike situasjoner er det viktig at vi som sykepleiere er til stede for pasienten, ved at vi tar oss tid til å sette oss ned og blant annet spør hvordan han har det. Dette for å bygge en relasjon basert på trygghet og tillit. Det er ikke tiden man avser til hver pasient som spiller en rolle for om pasienten opplever å bli sett, men hvordan sykepleier kommuniserer i møtet med pasienten (Stubberud, 2013). Å få uttrykt følelser, og å få kontakt med andre er et av Hendersons (2012) grunnleggende behov. Pasienter som pleies av sykepleiere som er åpen for å samtale om døden, opplever mindre angst og nedstemthet (Falkmer & Kaasa, 2004). Dette støttes opp av Chapple, Ziebland og McPherson (2006) som viser til at pasienter setter pris på å få dele sine tanker med noen utenfor familien.

Pasientens håp kan endres fra det å bli frisk, til å være godt smertelindret (Lorentsen & Grov, 2011). Sykepleierens kompetanse om symptomlindring kan øke pasientens håp dersom han opplever at sykepleier er trygg på egen kompetanse. Håp er en viktig ressurs (ibid), da håp er avgjørende for hvordan pasienter takler lidelse og sykdom, og mestrer sin livssituasjon (Kristoffersen, Breievne & Nordtvedt, 2011). Utne og Rustøen (2008) viser til at mye smerte kan påvirke pasientens håp negativt, som igjen kan påvirke opplevelsen av smerten, slik at smertene forverres. Som sykepleiere er det viktig at vi er klar over at våre holdninger og atferd, påvirker pasientens håp. Dersom vi er engasjerte og oppmuntrer pasienten til å sette kortsiktige mål og å ta i bruk egne ressurser, kan dette engasjementet smitte over på pasienten og håpet hans kan bli styrket. Eksempelvis kan dette være mål som gir pasienten glede i hverdagen (Rustøen, 2006): «i løpet av denne uka skal jeg male et bilde». God symptomlindring kan gi håp, på samme måte som at opplevelsen av flere plagsomme symptomer kan gi følelse av håpløshet (Lorentzen & Grov, 2011).

Resultatet viser at smerte er et av symptomene som øker mest i intensitet hos pasientene, jo nærmere døden er. Pasientenes allmenntilstand vil svekkes gradvis gjennom sykdomsforløpet. Typiske tegn på at døden nærmer seg er blant annet tap av bevissthet, mindre interesse for

omgivelser og at pasientene gir mindre respons (Helsedirektoratet, 2015). Med andre ord vil ikke pasientene være i stand til å rapportere symptomer gjennom hele sykdomsforløpet.

Når pasienten ikke lenger er i stand til dette, blir det desto viktigere for oss som sykepleiere å observere pasienten, særlig med tanke på fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner på smerte (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, Torvik & Bjørø, 2014). Akutte fysiologiske reaksjoner på smerte er blant annet forhøyet blodtrykk, raskere puls, raskere respirasjon, utvidete pupiller og svetting. Videre kan smerte fra indre organer aktivere det parasympatiske nervesystemet, og føre til at pasienten får blodtrykksfall, blir blek, kaldsvetter og får langsommere puls (Berntzen et al., 2011). Reaksjoner på smerte som kommer til syne gjennom atferd, kan blant annet være at pasienten gråter og ynker seg, rynker pannen, lager grimaser og er tydelig anspent (ibid). Sykepleierne kan da fylle ut ESAS-r på pasientens vegne (Grov, 2014). Torvik et al. (2008) viser til at det sykepleier observerer av smerte ikke alltid stemmer overens med pasientens opplevelser. Dersom smerten har vart over lengre tid, vil pasienten tilpasse seg smerten, og både de fysiologiske og atferdsmessige reaksjonene vil normaliseres (Berntzen et al., 2011).

Resultatet viser at dyspné påvirker store deler av pasientenes hverdag. Dette gjelder spesielt begrensninger i forhold til hverdagslige gjøremål, for eksempel matlaging, personlig hygiene, fysisk aktivitet og matinntak. Hendersons (2012) behovsteori beskriver hvordan vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten å dekke sine grunnleggende behov, enten ved å hjelpe pasienten eller legge til rette for at pasienten skal gjøre det selv. Dette innebærer at vi som sykepleiere i hjemmesykepleien skal bistå pasienten ut i fra hans behov. Sykepleiere kan også informere pasienten om nyttige tips som han kan ta i bruk i hverdagen, for eksempel å ha ting innen rekkevidde, og utføre gjøremål sittende og når han er mest opplagt (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2011).

For å lette situasjonen rundt matlaging, kan pasienten få tilbud om matombringing (Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Pasienter med lungesykdom har ofte dårlig fysisk kapasitet og kan få dyspné ved anstrengelse. Derfor vil det være aktuelt at vi som sykepleiere bistår pasienten med personlig hygiene og påkledning. Med tanke på fysisk aktivitet, er det viktig at sykepleier legger inn pauser i pasientens hverdag. I disse pausene er det essensielt at pasienten har god hvilestilling, og at det ikke foregår aktiviteter. Utover dette er det viktig å bistå pasienten i rolig tempo, tilpasset pasientens krefter og pust (Almås et al., 2011).

Resultatet viser at matinntaket hos lungekreftpasienter blir redusert, da tygging og svelging trigger dyspné. Dette understøttes av Almås et al. (2011) som også påpeker at maten bør være oppskåret og

at det er lettere å innta flytende kost. Pasienten kan lære seg teknikker, hvor han for eksempel trekker pusten godt inn før han tygger, samt å bruke god tid på hvert måltid (ibid). Thoresen og Nordøy (2007) nevner at dersom pasienten ikke får i seg tilstrekkelig næring, kan man supplere med næringstilskudd. Almås et al. (2011) nevner også sondeernæring som et tiltak, da dette kan føles som en stor lettelse på grunn av dyspnéen (ibid). Forventet levetid er avgjørende for hvilke tiltak som iverksettes (Helsedirektoratet, 2015, Thoresen & Nordøy, 2007). I følge Universitetssykehuset i Nord-Norge (2012) vil aktiv ernæring i terminalfasen gi økte plager hos pasienten.

I en palliativ fase vil det viktigste med måltidet være å bevare det sosiale og å skape positive opplevelser (Thoresen & Nordøy, 2007). Dette kan påvirke livskvaliteten, også hos terminale pasienter. Måltidet har ikke lenger noen ernæringsmessig hensikt, men det kan være betydningsfullt for pasienten (Bye, 2010). Pasientens ønskemat er viktigere enn mat som er næringsmessig riktig (ibid). Resultatet viser at pasienter med dyspné isolerer seg i hjemmet, da snakking er trigger til dyspné. Derfor vil det være ekstra viktig å bevare måltidet som en sosial opplevelse.

Videre viser resultatet at pasienter ofte preges av håpløshet, frykt og bekymring på grunn av dyspné. Dette understøttes av Hoel og Lynes (2010), som viser til at pasienter uttrykker at de er redde for ikke å få puste, og at de skal dø som følge av kvelning. Effektive tiltak ved dyspné kan bidra til at pasienten kommer ut av tankemønster preget av håpløshet, frykt og bekymring (ibid). Tiltak kan være "leppeblåsing" eller at pasienten puster dypt ned i magen, slik at respirasjonen blir mer effektiv og kontrollert. Oksygentilførsel kan være et tiltak som mange pasienter opplever bedring av og som bidrar til trygghet, selv om det ikke alltid gir noen målbar effekt, verken på O2-metning eller blodgassmålinger (Hoel & Lynes, 2010, Kaasa, 2012). Følelsen av trygghet vil kunne dempe akutte dyspné-episoder (Hoel & Lynes, 2010). Retningslinjer for bruk av oksygen i hjemmet krever at visse forutsetninger må være tilstede. Blant annet påvist kronisk eller anstrengelsesutløst hypoksi, som blir reversert av oksygen. Pasient og pårørende kan heller ikke røyke på grunn av eksplosjonsfare (Almås et al., 2011, Helsedirektoratet, 2015). Hvis pasientene ikke oppfyller kravene, finnes det andre alternativ som kan lette opplevelsen av dyspné. Eksempel er kald og frisk luft i ansiktet, fra vifte eller åpent vindu, eller kald klut i panna (Fürost, 2004, Helsedirektoratet, 2015).

Sykepleier kan dirigere pusten til pasienten ved selv å være rolig, puste i takt med pasienten og å stryke han over ryggen. Nærhet og kroppskontakt kan bidra til at pasientene føler seg trygge (Hoel & Lynes, 2010). Som sykepleier i hjemmesykepleien er vi ikke alltid til stede når pasienten opplever dyspnéen som verst, men det kan tenkes at han har sine nærmeste rundt seg. Det vil derfor være

nyttig at sykepleier lærer pårørende teknikker som kan trygge pasienten (ibid). Henderson (2012) påpeker at pårørende bør involveres der de kan bidra til å dekke pasientens behov.

Hoel og Lynes (2010) understreker at mange pasienter opplever å ikke alltid få hjelp vedrørende sine pusteproblemer. Videre påpekes det at vi som helsepersonell har en viktig oppgave i å observere og iverksette tiltak mot dyspné. Dyspné er vanskelig å lindre, noe som gjør dette til en stor utfordring (ibid). Som sykepleiere skal vi observere og kartlegge symptomer. For å kartlegge kan man bruke ESAS-r, hvor dyspné er ett av punktene (Norsk helseinformatikk, 2014). I studien kommer det fram at bruk av *Cancer dyspnoea scale* (vedlegg 3) øker pasientens kunnskap om hva dyspné er, og hvordan det arter seg i hverdagen. På bakgrunn av dette kan CDS være et godt kartleggingsverktøy for dyspné. Observasjoner som sykepleiere kan gjøre er om pasienten har dyspné både i hvile og aktivitet, hvordan pasienten påvirkes, om han blir cyanotisk og hoster, og O2-metningen. Heller ikke her trenger sykepleierens observasjoner å stemme overens med pasientens opplevelse. Det vil være viktig å la pasienten fortelle hvordan dyspnéen oppleves. Dette fordi den både kan ha en fysisk årsak, for eksempel obstruksjon i bronkiene, eller en psykisk årsak, for eksempel angst. Den bakenforliggende årsaken vil avgjøre hvilke typer tiltak som igangsettes (Füerst, 2004, Hoel & Lynes, 2010). Ulike medikamenter kan ha en lindrende effekt på dyspné, avhengig av utløsende årsak (Kaasa, 2012).

Resultatet viser at dyspné er et av symptomene, sammen med smerte, som øker mest i intensitet jo nærmere døden er. I terminalfasen blir sykepleiers oppgave å sørge for at pasienten ligger godt, ikke har for stramme klær, har frisk luft (Sæteren, 2010), samt ikke ligger under en tung dyne (Hoel & Lynes, 2010). Ulike stillinger kan bedre dyspné. Eksempel er høyt ryngleie med god støtte i rygg, hode og nakke, og sideleie med litt hevet hodeende (Almås et al., 2011). For å unngå trykksår er det viktig å regelmessig endre pasientens stilling (Ingebretsen & Storheim, 2011). For å hjelpe pasienten med en hvilestilling som både er effektiv og behagelig er det nødvendig med riktig utstyr, for eksempel sykeseng med fjernkontroll (Almås et al., 2011).

Studien viser at fatigue er et av de mest plagsomme symptomene hos kreftpasienter. Dette bekreftes av Schjølberg (2010), som også viser til at fatigue ikke bedres ved søvn og hvile. Videre i resultatet kommer det fram at ca. 50% av pasientene opplever at fatigue vanskeliggjør minst en ADL-funksjon. Fatigue gir både fysiske og psykiske påkjenninger. Dette kommer til syne ved at blant annet arbeid, gange, humør og livsglede påvirkes. Schjølberg (2010) understreker at målet er å redusere ubehaget som følger med fatigue, da det ikke finnes noen effektiv behandling for tilstanden. Fatigue er ofte vanskelig å se på pasienten (ibid). Ved å bruke ESAS-r, kan man lettere fange opp fatigue, da slapphet

er ett av punktene (Norsk helseinformatikk, 2014). Schjølberg (2010) påpeker at fatigue kartlegges best om pasienten selv rapporterer i form av dagboknotater eller spørreskjema, da fatigue er subjektivt. Hensikten med å kartlegge vil være å finne aktiviteter som forverrer pasientens fatigue og hva som gjør at pasienten føler seg bedre. Dette slik at pasienten kan fortsette med aktiviteter som bedrer hans opplevelse av fatigue (ibid). Noe lite krevende fysisk aktivitet kan bedre fatigue i en palliativ fase (Lorentzen & Grov, 2011). Hvis det igangsettes slike tiltak i en sen palliativ eller terminal fase, bør det vurderes hvorvidt dette er etisk riktig. Som sykepleier må man forsikre seg om at både pasient og pårørende ikke har for høye forventninger til bedring, da dette kan medføre skuffelse hvis bedring ikke er realistisk. Tiltaket kan også bli overveldende for pasienten, både fysisk og psykisk (ibid).

Når fatigue påvirker pasientens hverdag, bør han få hjelp til krevende gjøremål (Schjølberg, 2010). På denne måten kan pasienten spare energi, slik at han har krefter til å gjøre det som er viktig for ham (ibid).

I følge resultatet vil pasientene oppleve flere symptomer, jo nærmere døden er. Flere av symptomene vil også øke i intensitet. Schjølberg (2010) påpeker at det kan se ut til at fatigue forverres etter hvert som sykdommen utvikler seg.

Resultatet viser at dyspné og fatigue er blant symptomene som påvirker pasientens livskvalitet mest i negativ retning. Smerte er også blant symptomene som påvirker store deler av pasientens hverdag. Det er derfor grunn til å tro at smerte har stor innvirkning på pasientens livskvalitet. Dette støttes opp av Cramarossa, Chow, Zhang, Bedard, Zeng, Sahgal, (...) og Bottomley (2013) som understreker at smerte forverrer livskvaliteten betraktelig, særlig blant pasienter med skjelettmetastaser.

#### **4.1.1 Lungekreftpasienter i en palliativ fase opplever ofte symptom cluster**

I studien kommer det fram at lungekreftpasienter ofte opplever symptom cluster. Dette gjør at pasientene synes det er vanskelig å se på ett isolert symptom, da symptomene ofte henger sammen. Dette støttes opp av Rustøen et al. (2008) som påpeker at pasienter ofte opplever flere symptomer samtidig. Videre vises det til betydningen av å se på sammenhengen mellom disse. Kunnskap om symptom cluster kan bedre behandlingen av symptomene (ibid). For å innhente kunnskap vil det være nødvendig å følge opp symptom cluster og deres utvikling over tid, sammenhengen, samt å se på hvilke tiltak som lindrer symptombelastningen (Grov, 2014).

Resultatet viser at pasientene ofte opplever at lindring av enkelte symptom medfører lindring av flere. Ved å lindre smerte blir pasientene mer opplagt, noe som påvirker følelsen av velvære. Berntzen et al. (2011) viser også til sammenhengen mellom smerte og fysisk velvære, men i den forstand at pasienten må oppleve fysisk velvære for at smertelindringen skal være optimal. Samtidig viser resultatet at smerte er forbundet med depresjon. Berntzen et al. (2011) bekrefter at depresjon er en vanlig følge av kroniske smerter. Videre i resultatet belyses problemet rundt smertens påvirkning på søvnen. Dette bekreftes av Berntzen et al. (2011) som sier at avbrutt søvn på grunn av smerter, ofte er et stort problem. Bjørge (2010) påpeker at smertebehandling alltid skal tilstrebe et godt sovemønster, for eksempel ved bruk av langtidsvirkende analgetika.

I studien kommer det også fram at langvarig søvnproblematikk kan forverre fatigue. Varre (2010) viser derimot til at fatigue i seg selv kan være årsaken til søvnproblemer. Videre blir pasienter inaktive som følge av fatigue, noe som påvirker livskvaliteten. Inaktivitet kan trigge hoste. Aktivitet bedrer hosten, men trigger ofte dyspné, som igjen lindres ved hvile. I slike situasjoner vil vår oppgave som sykepleiere være å hjelpe pasientene til blant annet å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile (ibid). I resultatet presiseres det at fatigue er vanskelig å lindre. I følge Varre (2010) vil det være nødvendig å lindre symptomer som kan forverre fatigue. I følge resultatet er intensiv hoste eksempel på et symptom som kan forverre fatigue da pasientene blir utmattet av langvarig hoste. Andre eksempel kan være kvalme, oppkast og smerte (Schjølberg, 2010). Dersom opplevelsen av fatigue bedres, kan dette ha positiv effekt på dyspné, kvalme og depresjon. Fatigue kan blant annet komme av psykiske plager. På bakgrunn av dette bør årsaken til fatigue kartlegges (ibid).

Resultatet viser at fatigue påvirker dyspné ved aktivitet. Pasientene ser ofte på dyspné, hoste og fatigue som ett problemområde da de ofte opptrer samtidig. Videre blir disse symptomene koblet opp mot depresjon og angst. Rosén og Stiles (2007) nevner angst og depresjon som vanlige psykiske reaksjoner på sykdom og avslutning av livet. Hoel og Lynes (2010) kobler angst med frykten for ikke å få puste, og med døden. Derfor vil det være viktig at vi som sykepleiere kjenner til årsakene til dyspné, og at vi finner ut hva vi kan gjøre for pasienten (ibid). Opplæring i pusteteknikker kan hjelpe pasienten til å lære å takle angsten som følge av dyspné (Almås et al., 2011).

Ut ifra resultatet ser vi at flere symptomer påvirker hverandre. Lorentzen og Grov (2011) fastslår at symptomene og behovene er komplekse og sammensatte i en palliativ fase. Rønning et al. (2007) presiserer at optimal symptomlindring kan gis i hjemmet selv om pasientene har symptom cluster som kan kreve sammensatte pleie- og behandlingstiltak. Det er da nødvendig med tilstrekkelig kompetanse og organisatoriske forhold (ibid). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (2001,

§2-5) har pasienten krav på individuell plan dersom sykdomsbildet er langvarig, komplekst og sammensatt. Hensikten med individuell plan er å sikre et tilpasset, helhetlig og koordinert tilbud ved å kartlegge mål, ressurser og behov for tjenester (Orvik, 2004). I følge Rønning et al. (2007) er koordinering av tverrfaglig samarbeid ofte en sykepleieroppgave. Birkeland og Flovik (2014) fremhever betydningen av at en døende pasient skal ha en pasientansvarlig sykepleier som koordinerer arbeidet. Dette forutsetter at vi som sykepleiere, i hjemmesykepleien, har samhandlingskompetanse (Rønning et al., 2007). Det kan for eksempel bli aktuelt å involvere lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Rønning et al. (2007) påpeker at også palliative team er en nyttig ressurs. Jack, Hillier, Williams og Oldham (2003) fremhever dette ved å vise til at involvering av palliative team har positiv effekt på symptomgraden.

Det stilles høye krav til at sykepleier skal kunne observere og iverksette tiltak hos pasienter med symptom cluster (Hoel & Lynes, 2010). Også i terminalfasen stilles det høye krav. Sykepleier må blant annet håndtere raske endringer i pasientens tilstand, symptomlindring og medikamenter, og avskjedsprosesser. Jo nærmere døden er, desto større behov er det for god symptomlindring (Rønning et al., 2007).

## **4.2 Kunnskap og informasjon påvirker opplevelsen av sykdom og symptomer**

Funnene i resultatet tilsier at informasjon og kunnskap spiller en stor rolle i pasientens symptomopplevelse. I følge både Henderson (2012) og Orem (2001) skal vi som sykepleiere gi pasienten den kunnskapen han har behov for, slik at han kan dekke sine behov. Pasienten har rett til informasjon som vedrører hans helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-2). En av sykepleierens mange funksjoner er undervisning og veiledning som skal bidra til læring, utvikling og mestring (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011).

Videre i resultatet kommer det fram at det er lettere for pasienten å mestre sine symptomer, dersom han er forberedt på at de vil komme. Symptomer som ikke er forventet vil kunne gi stor påkjenning i form av angst, både hos pasient og pårørende. Dette gjenspeiles i litteraturen, hvor fatigue nevnes som eksempel på et symptom som pasientene får alt for lite informasjon om, og ikke er forberedt på (Schjølberg, 2010). Almås et al. (2011) understreker betydningen av at pasienten får undervisning og informasjon slik at han er i stand til å mestre sin situasjon. Pasienten trenger kunnskap om sykdommen og hvordan den utvikles. Kristoffersen (2011a) peker på at manglende ferdigheter og kunnskap kan føre til stress og en unnvikende og passiv mestringsstrategi. Kunnskap kan gi følelsen

av oversikt og kontroll og tro på at man skal beherske situasjonen. Informasjon og støtte er også viktig for pårørende, slik at de kan være en ressurs for pasienten. I følge Almås et al. (2011) får pasient og pårørende tilbud om informasjon og opplæring ved sykehuset. Videre kommer det fram i resultatet at tidspunkt for ny informasjon er vesentlig for hvor mottakelig pasienten er. Orem (2001) bekrefter at læring ikke kan skje dersom pasienten ikke er forberedt, ikke vet at han mangler kunnskap eller ikke er interessert. Vår oppgave som sykepleiere i hjemmesykepleien vil derfor være å forsikre oss om at pasienten har forstått informasjonen og at han har fått tilstrekkelig informasjon til å mestre sykdommen i hverdagen, for eventuelt å supplere. Sykepleierne som er innom pasienten regelmessig vil etter hvert få god kontakt med pasient og pårørende (Rønning et al., 2007). Dette vil kunne lette pasientens og pårørendes terskel for å stille spørsmål.

Funnene i resultatet indikerer at flere pasienter har tendens til å tillegge symptomene en annen årsak enn selve kreften, da det kan være vanskelig å akseptere sykdommen. I tillegg kommer det fram at pasienter som benekter sin sykdom, har lavere symptomgrad. Benektelse kan ses på som en del av kriseforløpet og/eller en forsvarsmekanisme (Helgesen, 2011). Benektelse kan være et forsøk på å beholde kontrollen over situasjonen (ibid). Wist og Kaasa (2004) mener at vi som helsepersonell ikke skal bryte ned pasientens mestringsevne, men det å utfordre pasientens benektelse kan bli nødvendig hvis den skaper problemer for pasienten og pårørende.

Ut ifra resultatet kan det se ut til at flere pasienter har manglende kunnskap om de ulike symptomene og hvordan disse arter seg, og derfor manglende evne til å formidle opplevelsen til helsepersonell. Dette gjelder spesielt smerte og dyspné. I litteraturen kommer det fram at dette også gjelder fatigue, da pasientene sjelden bruker dette begrepet, men heller beskriver hvordan de opplever hverdagen (Schjølberg, 2011).

Rustøen et al. (2008) nevner at manglende kunnskap om smerte og smertebehandling hos pasienten, kan være en barriere mot optimal smertelindring. Dersom kartleggingen av smertene skal være vellykket, må pasienten kunne sette ord på smertene, og han må kunne rangere smerten, for eksempel ved hjelp av NRS (Berntzen et al., 2011). Studien viser at pasienter finner dette vanskelig, da de ikke vet hva tallene representerer i forhold til smertens intensitet. På bakgrunn av dette vil det være nødvendig at sykepleier forklarer, og går igjennom de ulike kartleggingsverktøyene som skal tas i bruk, sammen med pasienten. I følge Torvik et al. (2008) er dette viktig for at pasienten, så vel som sykepleieren, skal beherske verktøyet.



Videre poengteres det av Schjølberg (2011) at det i dag blir gitt for lite informasjon om fatigue. Fatigue blir ofte oversatt med tretthet. Dette dekker pasientenes opplevelse dårlig. Pasientene får bedre forståelse for hva fatigue er når svakhet, utmattelse, mangel på energi, og nedstemthet, blir brukt. Informasjon om fatigue bør gi kunnskap til pasienten om at dette er en vanlig tilstand ved kreftsykdom, og bidra til at pasienten takler fatigue bedre (ibid).

Chapple et al. (2006) viser til at pasientene opplever å få gode råd om sine symptomer av kreftsykepleiere. Pasientene opplever også at kreftsykepleierne hjelper dem med å forstå sine symptomer. Som sykepleier i hjemmesykepleien er en del av den organisatoriske kompetansen å vite hva man kan tilby innad i kommunen (Orvik, 2004), for eksempel kontakt med kreftsykepleier.

I følge resultatet har pasientene et behov for å vite *hvorfor* de har smerter, da informasjonen kan gi dem trygghet og lettelse. Dette støttes opp av Kristoffersen (2011a) som påpeker at informasjon er avgjørende for om pasienten har tro på egen mestring av situasjonen. Kunnskap vil kunne gi kontroll i egen situasjon (ibid).

Resultatet viser at flere pasienter er skeptiske til bruk av opioider. Blant annet er dette fordi de er redde for å bli avhengige. Rustøen et al. (2008) nevner at redsel for avhengighet er en av barrierene til god smertelindring. I følge Slørdal og Rygnestad (2013) skal ikke avhengighet tillegges stor betydning ved behandling av pasienter med dårlige leveutsikter. Her er det viktig med kommunikasjon og riktig informasjon til pasienten, slik at han vet hva behandlingen er, og hvorfor den er viktig.

I den terminale fasen vil det være viktig å informere pasienten og pårørende, om at pasienten er i livets slutfase. Dette slik at pasientens behov blir ivaretatt, og han får en fredfull død (Helsedirektoratet, 2015, Henderson, 2012). Henderson (2012) påpeker nemlig at det er vårt ansvar som sykepleiere å hjelpe pasienten til å få en fredfull og verdig død. Pårørende må informeres om ulike symptomer som kan komme, blant annet at behovet for ernæring og væske avtar, og at pasienten ikke føler sult eller tørste (ibid). Å formidle denne informasjonen er hovedsakelig legens ansvar, men som sykepleier, er det viktig å vite hva som blir formidlet (Sæteren, 2010). Dersom pasientens ønsker å dø hjemme, er det viktig å informere om at han har rett til å endre mening (Fjørtoft, 2012). Å vite at man har åpen retur til sykehuset kan være en trygghet, dersom pasienten skulle ombestemme seg (ibid). Birkeland og Flovik (2014) viser til at det å være hjemme i terminalfasen, kan være krevende for både pasient og pårørende, da det kan være mange spørsmål. Kristoffersen (2011a) påpeker at flere undersøkelser viser at pasienter ofte ikke tar initiativ selv til å

snakke med helsepersonell, selv om de ønsker informasjon. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere spør pasienten og pårørende konkret om det er noe de lurer på.

### 4.3 Mestringsevne hos hjemmeboende lungekreftpasienter i en palliativ fase

Resultatet viser at pasientene utvikler mestringsstrategier for å håndtere blant annet dyspné og angst. For å finne det som passer den enkelte er det nødvendig med prøving og feiling. Reitan (2010) påpeker at vi som sykepleiere, sammen med pasienten, kan kartlegge hvilke utfordringer som påvirker dagliglivet. Deretter bør vi styrke pasienten til selv å finne mestringsstrategier som fungerer for ham. Studien viser videre at dårlig mestringsevne kan påvirke symptomopplevelsen negativt. Kristoffersen (2011a) understreker at det kan være svært fortvilende og belastende for et menneske å miste sentrale verdier i livet, for eksempel tap av funksjon, som følge av sykdom. I følge Busch og Hirsch (2007) kan håpløshet handle om fortvilelse, fordi pasienten kan føle at han har mistet kontroll over eget liv. For å kunne mestre sine symptomer og føle at han har kontroll, er håpet essensielt (Eide & Eide, 2007). I arbeid med uhelbredelige syke mennesker er det viktig å ha kjennskap til faktorer som kan fremme håp. Dette kan blant annet være optimal symptomlindring, anerkjennelse av pasientens bekymringer, realistiske mål og følelsen av å være verdsatt (Busch & Hirsch, 2007, Eide & Eide, 2007).

Mestringstro har en stor innvirkning på pasientens smerte (Valeberg & Wahl, 2008). Utne og Rustøen (2008) viser til sammenhengen mellom smerte og håp og pasientens mestring. Dersom pasienten opplever større grad av håp, vil han også mestre sine smerter bedre (ibid). Dette kan trolig overføres til flere symptomer.

I følge Schjølberg (2010) vil pasienten være på god vei til å mestre fatigue dersom han vet at fatigue er et vanlig symptom blant kreftpasienter og at han ikke kan opprettholde normal aktivitet i perioder hvor fatigue er mest uttalt.

Studien peker på pårørende som en viktig ressurs med tanke på pasientens mestringsevne. Videre er pasientene mindre motiverte dersom de ikke føler støtte fra pårørende. Dette gjentas av Fjørtoft (2012) som bekrefter at pårørende kan være en ressurs, da de kan tilføre sammenheng, mening og innhold til pasientens liv. En forutsetning er at de må tilføre noe positivt, for eksempel emosjonell, informativ eller materiell støtte (ibid). På den andre siden viser Helgesen (2011) til at manglende støtte fra omgivelsene kan føre til manglende motivasjon til mestring. Orem (2001) påpeker at vi som

sykepleiere skal støtte pasienten slik at han kan bli motivert til å mestre sin situasjon. Dette blir særlig aktuelt dersom pasientene ikke opplever tilstrekkelig støtte fra sine pårørende.

Studien viser at dersom pårørende har tro på egen mestring, vil dette bedre symptomgraden hos pasienten. I hjemmesykepleien blir vår rolle å støtte og veilede pårørende, slik at de kan ivareta seg selv og den syke best mulig (Schjødt, Haugen, Straume & Værholm, 2007). Kristoffersen (2011a) viser til at økt kunnskap hos pårørende kan påvirke deres vurdering av situasjonen og øke mestringsmuligheten. Dette kan gjøres ved å øke deres kunnskap om pasientens medisinske tilstand, praktiske ferdigheter for å mestre situasjonen, tilgjengelige tjenester i kommunen, samt å hjelpe dem til å takle egne følelser. Dette er i henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at vi skal vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Studien viser at dersom pasienten har tro på egen mestringsevne kan dette også bedre symptomgraden. Banduras (1997) mestringsteori kan i høyeste grad ses i sammenheng med resultatet. Teorien beskriver hvordan troen på egen mestring avgjør hvordan en person håndterer ulike utfordringer. For at pasienten skal kunne oppleve mestring må han ha klare, realistiske mål, og en positiv forventning om at han skal klare å nå disse målene (Kristoffersen, 2011b). Når målene er nådd, vil mestringstroen trolig øke (Bandura, 1997).

For at pasienten skal opprettholde livskvaliteten er det viktig at vi som sykepleiere gjør han oppmerksom på at han må fokusere på det han *kan*, istedenfor det han *ikke kan* (Rønning et al., 2007). Bandura (1997) bekrefter at en person må ha tro på at han kan klare å gjennomføre en oppgave for at han faktisk skal klare dette. Derfor er det nødvendig å ha en åpen samtale med pasienten om hva som er viktigst i hans liv (Rønning et al., 2007). Pasientens mestringstro har også en sammenheng med personlighet og tidligere erfaringer, samt at personligheten også påvirker pasientens opplevelse av symptomene (Lorentzen & Grov, 2011). I tillegg kan stemningsleie påvirke mestringstroen (Bandura, 1997). Det vil derfor ikke alltid være enkelt å styrke pasientens mestringstro, men som yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) sier, skal vi som sykepleiere understøtte håp, livsmot og mestring hos pasientene.

I følge resultatet kan pasienter med dyspné føle seg som en byrde for familien, da de trenger hjelp til daglige gjøremål. Dette gjelder trolig også pasienter som opplever andre symptomer som smerte og fatigue, da disse også begrenser daglige aktiviteter. Da er det viktig at vi som sykepleiere både støtter og eventuelt avlaster pårørende der det er mulig. Dette slik at både pasient og pårørende kan hente

seg inn for å takle omsorgsarbeidet (Kirkevold, 2014b). Kristoffersen (2011a) viser til at det er viktig for pårørende med avlastning slik at de skal kunne beholde det positive med å være omsorgsgivere.

Mestringstro setter pasientens styrker i fokus, istedenfor svakheter og sykdom (Valeberg & Wahl, 2008).

## 5.0 Metodediskusjon

Litteraturstudien er skrevet av to forfattere. Dette gir mulighet til å kunne utfylle hverandres kunnskaper og ferdigheter (Dalland, 2012). Det å være to kan tilføre oppgaven flere synspunkt og skape rom for diskusjon. Dette kan være en styrke ved studien.

Studien inkluderer artikler funnet etter søk i Medline og Cinahl. Det ble også gjort flere søk både i Svemed+, helsebiblioteket, manuelle søk i tidsskrift på bibliotek, samt direkte i aktuelle tidsskrift som Journal of Pain and Symptom Management og Palliative Medicine. Det ble ikke gjort vesentlige funn. Bedre kjennskap til Medline og Cinahl kan være en medvirkende årsak, og dette kan være en svakhet ved studien.

Hovedandelen av artiklene ble funnet gjennom handsøk. En årsak til dette kan være søkeordene som ble brukt, måten de er kombinert på og det faktum at dette ikke ga ønskelig resultat. Søkeordene og kombinasjonene kan ha gjort at artikler av vesentlig betydning for studiens hensikt ikke har blitt oppdaget. Dette kan være en svakhet ved studien.

Studien består av både kvalitativ og kvantitativ forskning. Det å kombinere kvalitativ og kvantitativ forskning kalles metodetriangulering, og veier opp for svakheter forbundet med kun å benytte en type forskning (Thidemann, 2015). Dette kan være en styrke ved studien.

Okuyama et al. (2001) og Hsu et al. (2003) er artikler som er utenfor inklusjonskriteriene, da de er eldre enn grensen som ble satt. Likevel anses de for å være meget relevante for studiens hensikt. Begge studiene trekkes fram i nyere forskning og i faglitteratur. Dette styrker artiklenes validitet. Det ser ut til å være lite nyere forskning om symptomopplevelsen til hjemmeboende lungekreftpasienter, da særlig om smerte og fatigue. Hsu et al. (2003) er den eneste studien som ble inkludert som utelukkende omhandler lungekreftpasienters smerte knyttet opp mot håp. Okuyama et al. (2001) er den eneste artikkelen som har stort fokus på lungekreftpasienter og fatigue. Begge artiklene ble vurdert til å ha god kvalitet (vedlegg 2).

Det var ønskelig kun å ha artikler utelukkende fra vestlige land, som kan sammenlignes med Norge. Det ble etter hvert tydelig at det forskes mye på lungekreft i Asia, og at forskningen var svært relevant. Derfor ble artikler fra ulike land vurdert ved hjelp av Utenriksdepartementets (u.å.) landsider.no, for å vurdere kvaliteten på landenes helsevesen. Alle aktuelle land hadde helsevesen av høy/god kvalitet og/eller var tilnærmet lik Norge (vedlegg 4). Det ble derfor konkludert med at alle

artiklene var relevante for pasienter i Norge til tross for opprinnelsesland. Likevel ble enkeltelementer som sykepleiers rolle, alternative lokale behandlinger osv., ekskludert.

Ved forskning på palliative og terminale lungekreftpasienter, kan det være vanskelig å få deres perspektiv. Tendensen er at bortfallet er stort ved studier over lengre tid, enten fordi pasientene dør, eller fordi de blir for syke til å delta. Ergo er det perspektivet til de friskeste av de syke som kommer fram. Det må derfor tas med i vurderingen at symptombildet trolig også er verre enn det som kommer fram av forskningen.

Tre artikler tar for seg flere typer kreft, blant dem lungekreft. Artiklene ble likevel inkludert, da hovedfunnene er relevante for studiens hensikt.

Det tas forbehold om at noen feilaktige oversettelser av innholdet i forskningsartiklene kan ha forekommet, da artiklene er engelskspråklige. For å forsøke å unngå dette har det blitt benyttet interaktive ordbøker under granskning av artiklene.

## 6.0 Konklusjon

*Hensikten med litteraturstudien er å belyse symptomer hos hjemmeboende lungekreftpasienter i en palliativ fase. Videre blir hensikten å belyse hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien kan lindre disse symptomene. Konklusjonen er basert på funn i resultat- og diskusjonsdelen:*

- Det symptomet som pasienten rapporterer som mest uttalt, er ikke nødvendigvis det som plager ham mest. Det er viktig å få tak i pasientens opplevelse, da helsepersonells observasjoner av pasientens symptomer ikke alltid stemmer overens med det pasienten selv opplever. Dette gjelder særlig smerte, dyspné og fatigue som alle er subjektive symptomer. Dette vil legge et bedre grunnlag for optimal symptomlindring.
- Smerte, dyspné og fatigue er alle symptomer som er utfordrende å lindre. Dette er også symptomer som har stor negativ påvirkning på lungekreftpasienters livskvalitet, og er derfor særlig viktig å ta tak i. Bakenforliggende årsak vil være avgjørende for type tiltak.
- Kunnskap og informasjon om sykdommen er viktig for at pasienten skal kunne ivareta sine behov, og for at han bedre skal kunne takle sin livssituasjon. Kunnskap og informasjon er også viktig for at pasientene selv skal kunne rapportere sine symptomer til helsepersonell.
- Pasient og pårørendes mestringstro er av stor betydning for pasientens symptomopplevelse. Som sykepleiere bør vi støtte, motivere og styrke pasientens håp, som igjen kan styrke hans mestringstro.
- Det bør satses på kunnskap og kompetanseheving i hjemmesykepleien innenfor palliasjon, da pasientene føler seg trygge dersom sykepleier er trygg på egen kompetanse.

## Litteraturliste

- Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B. H., & Sorknæs, A. D. (2011) Sykepleie ved lungesykdommer, i: Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1*, 4. utg., s. 107-164, Oslo, Gyldendal akademisk
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: the exercise of control*, New York, Freeman
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011) Sykepleie ved smerter, i: Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1*, 4. utg., s. 355-398, Oslo, Gyldendal akademisk
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014) *Sykepleie i hjemmet*, 2. utg., Oslo, Cappelen Damm
- Bjørge, S. (2010) Smerte og smertebehandling, i: Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*, 3. utg., s. 194-213, Oslo, Akribe
- Bremnes, R. M., Helbekkmo, N., & Aasebø, U. (2012) Svulster i luftveiene, i: Kåresen, R., & Wist, E. (red.). *Kreftsykdommer – ene basisbok for helsepersonell*, 4. utg., s. 254-271, Oslo, Gyldendal akademisk
- Brunsvig, P. F. (2010) Lungekreft, i: Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient - utfordring – handling*, 3. utg., s. 448-454, Oslo, Akribe
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014) Helsetjenester til eldre, i: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, 2. utg., s. 197-209, Oslo, Gyldendal akademisk
- Brogaard, T., Neergaard, M. A., Sokolowski, I., Olesen, F., & Jensen, A. B. (2012) Congruence between preferred and actual place of care and death among danish cancer patients. *Palliative medicine*, Vol. 27 (No. 2), s. 155-164. doi: 10.1177/0269216312438468
- Busch, C. H., & Hirsch, A. (2007) Eksistensiell og åndelig omsorg, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 115-142, Oslo, Gyldendal akademisk



- Bye, A. (2010) Ernæring, i: Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*, 3. utg., s. 214-234, Oslo, Akribes
- Chan, C. W. H., Richardson, A., & Richardson, J. (2011) Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: results of a psychoeducational randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*, Vol.41 (No.2), s. 347-357. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.04.024
- Chappel, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2006) The specialist palliative care nurse: A qualitative study of the patients perspective. *International Journal of nursing studies*, Vol 43, s.1011 -1022. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.007
- Cramarossa, G., Chow, E., Zhang, L., Bedard, G., Zeng, L., Sahgal, A., (...), & Bottomley, A. (2013) Predictive factors for overall quality of life in patients with advanced cancer. *Support care cancer*, Vol. 21, s. 1709-1716. doi: 10.1007/s00520-013-1717-7
- Dahl, K., & Skaug, E-A. (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie, i: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie – bind 2*, 2. utg., s. 17-59, Oslo, Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*, 5. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk
- Eide, H., & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. utg., Oslo, Gyldendal akademisk
- Ellis, J., Wagland, R., Tishelman, C., Williams, M. L., Bailey, C. D., Haines, J., (...), & Molassiotis, A. (2012) Considerations in developing and delivering a nonpharmacological intervention for symptom management in lung cancer: the views of patients and informal caregivers. *Journal of pain and symptom management*, Vol. 44 (No. 6), s. 831-842. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.274
- Falkmer, U. G., & Kaasa, S. (2004) Samtaler om døden, i: Kaasa, S. (red.). *Palliativ behandling og pleie: nordisk lærebok*, s. 117-132, Oslo Gyldendal akademisk

- Fjørtoft, A-K. (2012) *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer, muligheter*, 2. utg., Bergen, Fagbokforlaget Vigmodstad & Bjørke
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 3. utg., Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur
- Fürst, C. J. (2004) Pustebesvær, i: Kaasa, S. (red). *Palliativ behandling og pleie: nordisk lærebok*, s. 505-514, Oslo, Gyldendal akademisk
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, Vol. 24., s. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grov, E. K. (2014) Pleie og omsorg ved livets slutt, i: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, 2. utg., s. 522-537, Oslo, Gyldendal akademisk
- Helgesen, L. A. (2011) *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi*, 2. utg., Kristiansand, Høyskoleforlaget
- Henderson, V. (2012) *ICN Sygeplejens grundlæggende principper*, København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Helsedirektoratet (2015) *Palliasjon i kreftomsorgen: nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 29. april 2015 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). (2015, 1. mars) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 17. Mai 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (2001). (2015, 1. mai). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*.

Hentet 08. mai 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2008) Dyspnea experience in patients with lung cancer i palliative care. *European journal of oncology nursing*, Vol. 12, s. 86-96. doi: 10.1016/j.ejon.2007.09.006

Hoekstra, J., Vernooij-dassen, M. J. F. J., de Vos, R., & Bindels, P. J. E. (2007) The added value of assessing the «most troublesome» symptom among patients with cancer in the palliative phase. *Patient education and counseling*, Vol. 65. s. 223-229. doi: 10.1016/j.pec.2006.08.001

Hoel, M. B., & Lynes, I. K. (2010) Sykepleieutfordringer ved lungekreft, i: Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*, 3. utg., s. 455-464, Oslo, Akribe

Holm, S., & Notevarp, J. O. (2007) *Klinisk legemiddelhåndtering*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Hsu, T-H., Lu, M-S., Tsou, T-S., & Lin, C-C. (2003) The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, Vol. 26 (No. 3) s. 835-842. doi: 10.1016/S0885-3924(03)00257-4

Ingebretsen, H., & Storheim, E. (2011) Sykepleie ved sykdommer og skader i huden, i: Almås, H., Stubberud, D-G., & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*, 4. utg., s. 345-380, Oslo, Gyldendal akademisk

Jack, B., Hillier, V., Williams, A., & Oldham, J. (2003) Hospital based palliative care teams improve the symptom of cancer patients. *Palliative medicine*, Vol. 17, s. 498-502. doi: 10.1191/0269216303pm794oa

Kaasa, S. (2007a) Forskning innen palliasjon, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 49-60, Oslo, Gyldendal akademisk

- Kaasa, S. (2007b) Smertebehandling, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s.261-270, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kaasa, S. (2007c) Smertediagnostikk, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 285-310, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kaasa, S. (2012) Palliativ behandling, i: Kåresen, R., & Wist, E. (red.). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*, 4. utg., s. 113-125, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kaasa, S., & Borchgrevink, P. C. (2007) Hva er smerte? Et klinisk perspektiv, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 271-284, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kalikstad, B. (2014) AD/HD hos barn etter feberkramper. *Tidsskrift for den norske legeforening*, Vol. 134 (No. 16), s. 1557. doi: 10.4045/tidsskr.14.0951
- Kirkevold, M. (2014a) Personsentrert og individualisert sykepleie, i: Kirkevold, M., Brodtkorb. K., & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, 2. utg., s. 106-121, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kirkevold, M. (2014b) Samarbeid med pasient og pårørende, i: Kirkevold, M., Brodtkorb. K., & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, 2. utg., s. 145-161, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kreftregisteret (2015a) *Fakta om kreft*. Hentet 25. mars 2015 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- Kreftregisteret (2015b) *Lungekraft*. Hentet 25.mars 2015 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Lungekraft/>
- Kreftregisteret (2015c) *Nasjonalt kvalitetsregister for lungekraft*. Hentet 26.mars 2015 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Registre/kvalitetsregistre/Kvalitetsregister-for-lungekraft/>

- Kristoffersen, N. J. (2011a) Stress og mestring, i: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer – bind 3*, 2.utg., s. 113-196, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2011b) Livsstil og endring av livsstil, i: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer – bind 3*, 2.utg., s. 197-244, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nordtvedt, F. (2011) Lidelse, mestring og håp, i: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer – bind 3*, 2. utg., s. 245-294, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (2011) Om sykepleie, i: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar – bind 1*, 2. utg., s. 15-30, Oslo, Gyldendal akademisk
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Hentet 17. mai 2015 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Lai, Y. L., Chan, C. W. H., & Lopez, W. (2007) Perceptions of dyspnea and helpful interventions during the advanced stage of lung cancer: Chinese patients' perspectives. *Cancer Nursing*, Vol. 30 (No.2), E1-E8. doi: 10.1097/01.NCC.0000265011.17806.07
- Loretsen, V. B., & Grov, E. K. (2011) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i: Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*, 4. utg., s. 401-438, Oslo, Gyldendal akademisk
- Lowe, M., & Molassiotis, A. (2011) A longitudinal qualitative analysis of the factors that influence patient distress within the lung cancer population. *Lung cancer*, Vol. 74. s. 344-348. doi: 10.1016/j.lungcan.2011.03.011
- Mercadante, S., & Vitrano, V. (2010) Pain in patients with lung cancer: pathophysiology and treatment. *Lung cancer*, Vol. 68, s. 10-15. doi: 10.1016/j.lungcan.2009.11.004

- Mjell, J. (2011) Sykdommer i respirasjonsorganene, i: Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*, s. 209-242, Oslo, Gyldendal akademisk
- Molassiotis, A., Lowe, M., Blackhall, S., & Lorigan, P. (2011) A qualitative exploration of a respiratory distress symptom cluster in lung cancer: cough, breathlessness and fatigue. *Lung cancer*, Vol. 71, s. 94-102. doi: 10.1016/j.lungcan.2010.04.002
- Norheim, K. H., & Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?. *Sykepleien forskning*, (No. 1), s. 14-22. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.53343
- Norsk helseinformatikk (2014) *Edmont symptom assessment system (ESAS-r)*. Hentet 9. mai 2015 fra <http://resource.nhi.no/resource/4477-21-esas-symptomskjema.pdf>
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015) *Publiseringskanaler*. Hentet 19. mai 2015 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside?sok.avansert=true>
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 1.mai 2015 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Norås, I. L. (2010) Kreftsykepleie i heimen, i: Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*, 3. utg., s. 331-350, Oslo, Akribe
- Okuyama, T., Tanaka, K., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., (...), & Uchitomi, Y. (2001) Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: prevalence, correlated factors, and screening. *Journal of pain and symptom management*, Vol.22 (No. 1), s. 554-564. doi: 10.1016/S0885-3924(01)00305-0
- Oncolex (2014) *Spredningsmønster for lungekreft*. Hentet 30. april 2015 fra <http://www.oncolex.no/Lunge/Bakgrunn/Spredningsmonster>
- Orem, D. E. (2001) *Nursing: concepts of practice*, 6. utg., Mosby Missouri
- Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse – I sykepleie og helsefaglig samarbeid*, Oslo, Cappelen akademisk forlag

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). (2015, 1. Januar). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 08. Mai 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. utg., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., McBride, C. M., & Baucom, D. (2008) Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregiver associations with symptoms and distress. *Pain, Vol. 137*, s. 306-315. doi: 10.1016/j.pain.2007.09.010

Refsgaard, B., & Frederiksen, K. (2013) Illness-related emotional experiences of patients living with incurable lung cancer. *Cancer Nursing, Vol. 36* (No. 3), s. 221-228. doi:10.1097/NCC.0b013e318268f938

Reitan, A. M. (2010) Kommunikasjon, i: Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient utfordring-handling*, 3. utg., s. 102-120, Oslo, Akribe

Ribu, L. (2010) Livskvalitet, i: Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*, 3. utg., s. 48-71, Oslo, Akribe

Rosén, G., & Stiles, T. C. (2007) Smertebehandling og psykologi, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 407-420, Oslo, Gyldendal akademisk

Rosland, J. H., & Tjølsen, A. (2007) Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 311-326, Oslo, Gyldendal akademisk

Rustøen, T. (2006) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*, Oslo, Gyldendal akademisk

Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I., & Stubhaug, A. (2008) Kreft og smerter, i: Rustøen, T., & Wahl, A. K. (red.). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*, s. 255-270, Oslo, Gyldendal akademisk

- Rønning, M., Strand, E., & Hjermstad, M. J. (2007) Palliativ behandling utenfor sykehus  
hjemmesykepleien, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 213-228, Oslo,  
Gyldendal akademisk
- Slørdal, L., & Rygnestad, T. (2013) Legemidler ved smerter, i; Nordeng, H., & Spigset, O. (red.).  
*Legemidler og bruken av dem*, 2. utg., s. 341-352, Oslo, Gyldendal akademisk
- Schjødt, B., Haugen, D. F., Straume, M., & Værholm, R. (2007) Familien, i: Kaasa, S. (red.).  
*Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 89-114, Oslo, Gyldendal akademisk
- Schjølborg, T. K. (2010) Fatigue, i: Reitan, A. M., & Schjølborg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie:  
pasient utfordring-handling*, 3. utg., s. 174-185, Oslo, Akribe
- Strand, E., & Ellingsen, E. (2007) Hvordan har du det i dag?. *Sykepleien*, Vol. 95 (No. 17), s. 60-64. doi:  
10.4220/sykepleiens.2007.0050
- Stubberud, D-G. (2013) Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov, i: Stubberud, D-G.  
*Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, s. 66-113, Oslo, Gyldendal akademisk
- Stubhaug, A., & Ljoså, T. M. (2008) Hva er smerte?, i: Rustøen, T., & Wahl, A. K. (red.). *Ulike tekster  
om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*, s. 22-50, Oslo, Gyldendal akademisk
- Sæteren, B. (2010) Omsorg for døende pasienter, i: Reitan, A. M., Schjølborg, T. K. (red.).  
*Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*, 3. utg., s. 235-256, Oslo, Akribe
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2000) Development and validation  
of the cancer dyspnoea scale: a multidimensional, brief, self-rating scale. *British Journal of  
cancer*. Vol. 82 (No. 4), s. 800-805. doi: 10.1054/bjoc.1999.1002
- Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i  
akademisk oppgaveskriving*, Oslo, Universitetsforlaget
- Tishelman, C., Petersson, L-M., Degner, L. F., & Sprangers, M. A. G. (2007) Symptom prevalence,  
intensity, and distress in patients with inoperable lung cancer in relation to time of death.  
*Journal of clinical oncology*, Vol. 25 (No. 34), s. 5381-5389. doi: 10.1200/JCO.2006.08.7874



- Thorsen, R. (2011) Trygghet, i: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer – bind 3*, 2. utg., s. 105-132, Oslo, Gyldendal akademisk
- Thoresen, L., & Nordøy, T. (2007) Anoreksi og kakeksi hos kreftpasienter: ernæringsstøtte og farmakologisk behandling, i: Kaasa, S. (red.). *Palliasjon: nordisk lærebok*, 2. utg., s. 517-530, Oslo, Gyldendal akademisk
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2014) Smerte, i: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*, 2. utg., s. 390-407, Oslo, Gyldendal akademisk
- Torvik, K., Skaug, M., & Rustøen, T. (2008) Smertekartlegging: bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler, i: Rustøen, T., & Wahl, A.K. (red.). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*, s. 51-75, Oslo, Gyldendal akademisk
- Universitetssykehuset Nord-Norge (2012) *Håndbok i lindrende behandling*. Hentet 11. mai 2015 fra [http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K\\_web/Lindrende/handbok\\_lin\\_flytet\\_fra\\_intra.pdf](http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flytet_fra_intra.pdf)
- Utenriksdepartementet (u.å.) Hentet 21. mai 2015 fra <http://www.landsider.no/land/>
- Utne, I., & Rustøen, T. (2008) Smerter og håp – ved kreftrelaterte smerter, i: Rustøen, T., & Wahl, A. K. (red.). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*, s. 325-339, Oslo, Gyldendal akademisk
- Valeberg, B. T., & Wahl, A. K. (2008) Smerte og mestring, i: Rustøen, T., & Wahl, A. K. (red.). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*, s. 308-324, Oslo, Gyldendal akademisk
- Varre, P. (2010) Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi, i: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*, 3. utg., s. 161-185, Oslo, Akribes
- Vos, M. S., Putter, H., van Houwelingen, H. C., & de Haes, C. J. M. (2010) Denial and physical outcomes in lung cancer patients, a longitudinal study. *Lung cancer*, Vol 67, s. 237-243. doi: 10.1016/j.lungcan.2009.04.003

Wallace, E. (2012) Palliation of lung cancer symptoms. *World of irish nursing & Midwifery*, Vol.20 (No. 5), s. 43-44. Hentet 24. mars 2015 fra

<http://inmo.ie/tempDocs/LungCancer%20PAGE43-44.pdf>

Wang, S-Y., Tsai, C-M., Chen, B-C., Lin, C-H., & Lin, C-C. (2008) Symptom clusters and relationships to symptom interference with daily life in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, Vol. 35 (No. 3), s. 258-266. doi:10.1016/j.painsymman.2007.03.01

Webber, K., Davies, A. N., & Cowie, M. R. (2011) Breakthrough pain: a qualitative study involving patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*, Vol. 19, s. 2041-2046. doi: 10.1007/s00520-010-1062-z

Wist, E., & Kaasa, S. (2004) Å kommunisere med den alvorlig syke pasienten, i: Kaasa, S. (red.). *Palliativ behandling og pleie: Nordisk lærebok*, s. 101-116, Oslo, Gyldendal akademisk

Yennurajalingam, S., Urbauer, D. L., Casper, K. L. B., Reyes-Gibby, C. C., Chacko, R., Poulter, V., & Bruera, E. (2011) Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *Journal of pain and symptom management*, Vol. 41 (No. 1), s. 49-56. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.03.017